

別紙

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成	年 月 日 生	年 齡	才
上記の者について、下記のとおり診断します。				
1 精神機能				
精神機能の障害				
<input type="checkbox"/> 明らかに該当しない <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要				
※ 「専門家による判断が必要」の欄は、精神の機能に障害があると診断した場合にチェックしてください。なお、当該欄をチェックした場合は、別に薬事に関する業務を適正に遂行する能力の有無について、判断が必要になることから、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現行の状況をできるだけ具体的に記入してください。（詳細については別紙記載も可）				
診断名等： _____ _____ _____ _____ _____				
診断年月日	令和 年 月 日			
医 師	病院、診療所等の名称			
	所在地	TEL		
	氏 名			

※診断にあたっては、必要事項を記載するとともに該当する口にチェックをしてください。